

03/12/2022

HYPERTENSION ARTERIELLE (HTA)

Objectifs :

- Expliquer l'épidémiologie, les principales causes et l'histoire naturelle de l'HTA de l'adulte
- Réaliser le bilan initial d'une HTA de l'adulte
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient
- Décrire les principes de la prise en charge au long cours.

Définition :

- **Pression artérielle (PA) systolique ≥ 140 mm Hg et / ou PAD ≥ 90 mm Hg**
- Mesurée en consultation et persistant dans le temps

Épidémiologie :

- 12 millions de patients traités pour HTA (France)
- \uparrow Prévalence avec l'âge
- HTA : FDR CVx majeur +++
- HTA :
 - Risque IDM / SCA x 4
 - Risque AVC x 7
 - Risque AOMI x 2
- \uparrow Mortalité par association avec d'autres FDR CVx.

Physiopathologie :

- Mal comprise et mal connue
- Facteurs mis en cause :
 - Anomalies du système rénine – angiotensine – aldostérone
 - Facteurs génétiques
 - Facteurs environnementaux (consommation de sel).

Diagnostic

Circonstances découverte :

- Fortuite / Examen de routine
- Signes de retentissement : céphalées, vertiges
- **Complications : AVC, SCA, OAP ...**
- Signes d'HTA maligne :
Encéphalopathie, IC, OAP ...

Bilan étiologique clinique :

- Éléments d'interrogatoire :
 - ATCD : AVC, AIT, SCA / IDM, Protéinurie, Hématurie ...
 - FDR CVx: Hérité, Tabac, DT₂, Sd métabolique, Obésité ...
 - Prise de toxique : Régisse, AINS, contraceptifs, Minéralocorticoïdes ...
 - Signes fonctionnels : Céphalées, acouphènes, dyspnée, acouphènes, angor...
- Éléments de l'examen physique
 - Poids – IMC
 - Souffle carotidien, souffle para-ombilical
 - Pouls fémoraux, TA # aux MS
 - Souffle cardiaque (auscultation)
 - Faciès cushingoïde, acromégalie,
 - **Bandelette urinaire +++**

Confirmation diagnostic :

- Modalités de mesure de la PA au cabinet
 - 2 mesures / consultation pdt 3 consultations successives
 - Sur période 3 – 6 mois
 - Au repos, position assise allongée
 - Aux 2 bras
 - Brassard adapté
 - Recherche hTO +++
- **MAPA (Mesure ambulatoire de la PA)**
 - But :
 - Permanence de l'HTA et absence d'effet blouse blanche
 - Evaluation de la ↓ PA sous traitement
 - Mesure systématique avant ttt sauf HTA sévère
 - Mesure PA / appareil automatique toutes les 15 min le jour, toutes les 30 min la nuit pendant 24h.
 - Diagnostic HTA
 - **PA moyenne sur 24h $\geq 130 / 80$ mm Hg sur 24h**
 - $\geq 135 / 85$ mm Hg en moyenne diurne
 - $\geq 120 / 70$ mm Hg en moyenne nocturne
- **Auto-mesure tensionnelle (AMT)**
 - Même intérêt que MAPA
 - Prise TA par le patient
 - 3 mesures par prise, 2 prises / jour pendant 3 jours
 - Règle des 333 : 3 matins, 3 soirs, 3 jours
 - **HTA : PA moyenne sur 3 jours $\geq 135 / 85$ mm Hg +++**

Le bilan étiologique recherche une cause d'HTA secondaire

Bilan biologique de 1ere intention :

- **Bilan minimal OMS – HAS +++**
- À faire devant toute HTA
 - Créatinémie avec DFG
 - Bandelette urinaire (protéinurie, hématurie)
 - Kaliémie
 - Glycémie à jeûn
 - Bilan lipidique (EAL)
- Uricémie – NFS (collège de Cardiologie / Ajout)

Bilan paraclinique de 2eme intention :

- Réalisé sur point de l'appel clinique
- Examens orientés, non systématiques
 - ETT (Echo cœur)
 - Echo-doppler artères rénales : Sténose artère rénale
 - Angio TDM rénale
 - Echo-doppler des TSA : Souffle carotidien, athérome
 - Echo-doppler MI : AOMI,
 - Fond d'œil (FO) : HTA maligne, retentissement

ECG (Electrocardiogramme)

Systematique, dans le bilan de 1^{ere} intention ++

Étiologies de l'HTA secondaire

- **Causes rénales**

- **HTA rénovasculaire**

- Par sténose unilatérale de l'artère rénale
- Angio-IRM des artères rénales
- HTA répondant au ttt par IEC
- Echo-doppler artères artère rénales : reins de Taille diminuée, asymétriques

- **Néphropathies parenchymateuses chroniques**

- Polykystose rénale
- Glomérulopathie chronique
- Néphropathies vasculaires, tubulo-interstitielles

- **Causes endocriniennes**

- **Hyperaldostéronisme primaire**

- Maladie de Conn
- Hyperplasie bilatérale des surrénales

- **Hyperaldostéronisme secondaire**

- HTA rénovasculaire
- Insuffisance rénale chronique
- Médicaments : IEC, ARA₂, AINS ...

- **Syndrome de Cushing (Hypercorticisme)**

- Corticothérapie prolongée +++
- Maladie de Cushing
- Sd paranéoplasique

- **Phéochromocytome**

→ Triade de Ménard : Céphalées pulsatiles
+ sueurs abondantes + palpitations

- Autres : Hyperthyroïdie, Hyperparathyroïdie, Acromégalie

- **HTA médicamenteuse et toxique**

- **Alcool +++**

- Glycyrrhizine (réglisse, pastis sans alcool)
- Drogues : Cocaïne, amphétamines
- **Pilules œstroprogestatives** (=> sont CI chez la femme hypertendue)

- **AINS**

- **Corticoïde**

- Autres : EPO (Érythropoïétine), ciclosporine

- **HTA secondaire par SAOS +++**

→ A évoquer devant une HTA résistante au ttt bien conduit +++

→ Chez sujet avec Sd métabolique

→ Chez sujet avec un SAOS.

- **HTA gravidique**

- Pas \geq 140 mm Hg et / ou 90 mm Hg sans protéinurie
- Après 20 S.A et disparaissant avant la fin de la 6^e semaine post-partum.

Quand évoquer une HTA secondaire :

- Sujet jeune < 30 ans
- HTA d'emblée sévère
- HTA résistante au traitement (Trithérapie + MHD)
- HTA symptomatique (clinique, Hypo k...)

Traitement

• Objectifs tensionnels :

- Sujet < 65 ans sans comorbidité :
TA= 120-129 / < 80 mm Hg
- > 65 ans ou néphropathie associée :
PA= 130-139 / < 80 mm Hg
- Âge > 80 ans : PAS < 150 mm Hg sans hypo TA orthostatique

• Organisation de la PEC

- PEC après confirmation diagnostique
- Annonce du diagnostic et complications de l'HTA
- Objet et moyens du ttt
- Plan de soins (court et long terme)

• Bénéfices du traitement

- Réduction morbidité et mortalité CVx
- Réduction risque d'AVC et Insuffisance coronaire
- Néphroprotection par IEC – ARA2 dans la MRC

Les MHD sont toujours systématiques

• Mesures hygiéno-diététique (MHD) et associées

- Réduction pondérale si obésité / surpoids
- ↓ consommation sel (< 5 g/j)
- ↓ conso alcoolique
- Activité physique régulière et adaptée
- ↓ Apport lipides alimentaires saturés
- Arrêt tabac
- Régime diététique et STATINES si dyslipidémie +++

→ MHD en 1^{ère} intention pendant 3-6 mois si risque CV faible avant initiation du ttt médicamenteux.

• Mesures associées

- PEC des autres FDR CVx
- Education thérapeutique
- PEC des complications de l'HTA / HTA secondaire

- **Classes thérapeutiques**

- **Béta-bloquants**

- Classe moins efficace pour la prévention des AVC
- Non indiquée en 1^{ère} intention sauf cardiopathie préexistante
- CI : Asthme, BAV2 et 3, maladie de Raynaud
- Cardioprotection, ↓ débit cardiaque

- **Diurétiques thiazidiques (DT)**

- ↓ Surcharge hydrosodée
- ↓ Résistance artérielle périph
- 1^{ère} intention sujet noir +++

- **Inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC)**

- Vasodilatateur – action sur la structure cardiovasculaire
- ↓ Résistance périphérique
- Peut être indiquée en 1^{ère} intention
- HTA du diabétique +++
- E.I : Toux, angioœdème
- C.I : Sténose bilatérale artères rénales, œdème angioneurotique, hyper K sévère

- **Antagoniste des récepteurs de l'angiotensine 2 ou ARA II**

- Effets proches des IEC
- Peut être utilisé en monothérapie
- Recommandé en 2^e intention par l'HAS (coût ++)

- **Inhibiteurs calciques (IC)**

- Action vasodilatatrice périphérique
- Peut être utilisé en 1^{ère} intention, en mono ttt
- E.I : œdèmes, céphalées
- C.I : BAV2 et 3, insuffisance cardiaque

- **Choix du ttt médicamenteux**

- Monothérapie :

- Dans la plupart des cas : Risque CVx faible, sujet âgé, patient fragile
- Molécules : DT – béta-bloquant – IC – IEC -ARA2

- Bithérapie :

- Echec de la mono ttt
- Risque CVx élevé
- Molécules : Associations fixes =>
 - *IEC (ou ARA 2) – IC
 - *IC – DT
 - *IE (ou ARA2) – DT

- **Associations contre-indiquées :**

+++

* ARA2 – IEC

- Trithérapie – Quadrithérapie

- Échec bithérapie + MHD
- La trithérapie associe toujours un DT +++
- Molécules :
 - *IEC (ou ARA2) + IC + DT
- Quadrithérapie après élimination d'une HTA secondaire.

- **Situations particulières**

- **HTA sujet âgé :**
 - Obj : Pas < 150 mm Hg sans hypo TA
 - Ne pas utiliser plus de 3 classes thérapeutiques
 - Pas d'anti-HTA à action centrale : Rilmenidine +++
 - 5 familles utilisables : DT, Bêtabloquants, IC, IEC, ARA2 +++
- **HTA et grossesse**
 - Ttt de référence : Alphaméthyl dopa (Aldomet) +++
 - IEC et ARA2 contre-indiqués +++
 - Arrêt IEC et ARA2 en cas de diagnostic de grossesse
- **Post – AVC :**
 - IEC – ARA2 – DT – IC
- **Insuffisance cardiaque :**
 - IEC – ARA2 – Bêtabloquants – DT
- **Coronarien :**
 - IEC – Bêtabloquants
- **Diabète avec microalbuminurie ou IRC :**
 - IEC – ARA2
- **Insuffisance rénale-protéinurie :**
 - IEC – ARA2

- **Surveillance du ttt**

- Rythme :
 - Régulière
 - Mensuel jusqu'à équilibre ttt
 - Puis tous les 3-6 mois / risque CV_x
 - Plus rapprochée si HTA sévère
- Surveillance clinique
 - Observance : AMT, Education thérapeutique
 - Tolérance : E.I ++
 - Efficacité : Amélioration, absence complication ...
- Paraclinique
 - Ionogramme (K, Na) / 1-2 ans
 - BU / 1 an
 - EAL et GAJ : / 3 ans, en absence de diabète et dyslipidémie
 - ECG : tous les 3-5 ans
 - Bio et ECG rapprochés si complications, modification ttt.

Traitement médicamenteux de 1^{ère}

Intention :

- Diurétiques Thiazidiques (DT)
- Inhibiteurs calciques (IC)
- IEC
- ARA2
- Associations fixes à faible dose
- Bêta-bloquants : Classiquement en 2^e intention

Indication d'un ttt médicamenteux immédiat :

- HTA sévère
- Antécédents cardio-vasculaires
- Insuffisance rénale chronique
- Diabète
- Présence de plus de 3 FDR CV_x

Association anti-HTA validées (HAS) :

- Bêta-bloquants – diurétique thiazidique
- DT – IEC
- DT – ARA2
- Bêta-bloquants – IC
- IC – IEC ou ARA2
- IC - DT

Association anti-HTA déconseillées (HAS) :

- IEC – ARA II
- ARA – Bêta-bloquants
- IEC – Bêta-bloquants

Points fondamentaux :

- Facteur de risque Cvx majeur, risque majeur d'AVC, de SCA, d'AOMI
- Diagnostic clinique au cabinet et confirmation par AMT ou MAPA
- Bilan initial clinique -biologique -électrique
- Évoquer une HTA secondaire devant l'âge, les signes associés, la résistance au ttt bien conduit
- MHD : socle du traitement, en 1^{ère} intention dans l'HTA sans risque CV_x élevé. Toujours les associer au ttt
- 5 Familles médicamenteuses recommandés dont les beta-bloquants en dernière position sauf si cardiopathie associée.
- Le traitement est orienté selon le terrain, les comorbidités (diabète, IRC, SCA...)
- Certaines associations sont recommandées, d'autres contre-indiquées.